

**FACULTE DE MEDECINE
SAINT-LOUIS LARIBOISIÈRE
UNIVERSITÉ PARIS VII**

ANNEE 1971

THESE

N° 130

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Michel JANIS

Né le 30 avril 1946 à PARIS

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

LES ADENITES MESENTERIQUES DE FORME PSEUDO-TUMORALE

(A propos d'un cas)

Président : M. BERNIER, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

**FACULTE DE MEDECINE
SAINT-LOUIS LARIBOISIÈRE
UNIVERSITE PARIS VII**

ANNEE 1971

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Michel JANIS

Né le 30 avril 1946 à PARIS

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

LES ADENITES MESENTERIQUES DE FORME PSEUDO-TUMORALE

(A propos d'un cas)

Président : M. BERNIER, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

FACULTE DE MEDECINE
SAINT-LOUIS LARIBOISIÈRE
UNIVERSITE PARIS VII

ANNEE 1971

THESE

DOCTORAT EN MEDECINE



LES AGENCES MED. - BUREAU DE RECH. ET DE DEV. MED.

EDITIONS MEDICINALES

A Monsieur le Professeur BERNIER

Doyen honoraire de la Faculté

Professeur à la Faculté

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui m'a fait l'honneur de bien vouloir
présider cette thèse ;
qu'il soit assuré de ma profonde gra-
titude.

A Monsieur le Professeur RISTELHUEBER

Chef de Service à l'Hôpital de St-Denis

Professeur à la Faculté de Reims

qui m'a inspiré le sujet de cette thèse,
m'a accueilli dans son service.

Qu'il soit remercié pour l'enseignement qu'il m'a prodigué et trouve
ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur HUBERT
Chef de Service à l'Hôpital de St-Denis
Professeur à la Faculté de Médecine

qui m'a inspiré le sujet de cette thèse,
m'a soutenu dans son service,
Qu'il soit remercié pour l'enseignement
qu'il m'a prodigué et trouve
ici l'assurance de ma reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon Père

INTRODUCTION

A ma Mère

A ma Femme

A ma Fille

A mes Beaux Parents

Et à toute ma Famille.

INTRODUCTION

- Le diagnostic d'adénite mésentérique de forme pseudotumorale est rarement posé avant l'intervention exploratrice. Il peut se présenter de trois façons :
 - Comme diagnostic différentiel d'une masse abdominale ;
 - Comme cause d'une complication (invagination, occlusion, etc...) ;
 - Ou, plus classiquement, comme un syndrome abdominal aigu ou subaigu.
- Dans les trois cas, l'acte chirurgical sanctionne presque toujours la découverte, de crainte de laisser évoluer une affection aigüe. De même le diagnostic d'adénite prouvée, l'étiologie ne pourra être décelée que par des recherches histologiques, bactériologiques, virulogiques, et parfois parasitologiques.
- Le problème est souvent de ne pas se laisser aller à des conclusions trop pessimistes, pouvant conduire à des mutilations intestinales considérables.
- Nous allons essayer de replacer un cas de pseudo-tumeur suppurée du mésentère dans le cadre de ces formes d'adénites pseudo-tumorales, grâce aux cas déjà décrits dans la littérature et d'en tirer des conclusions en vue de parfaire à leur diagnostic clinique.

PLAN

- INTRODUCTION
- PLAN

I - Généralités sur les pseudo-tumeurs suppurées du mésentère.

- A) Rappel anatomique sur le mésentère.
- B) Rappel sur l'histologie du système lymphofde iléo-jéjunal.
- C) Rappel sur l'anatomie, la physiologie et la physiopathologie du système lymphatique mésentérique.
- D) Retentissement neurovégétatif des adénolymphites, ou les complications engendrées par le phénomène de Reilly de l'agression des ganglions mésentériques.
- E) Etiologie des adénites suppurées du mésentère.
- F) Diagnostic différentiel.

II - Présentation de l'observation et conclusion.

III - Les pseudo-tumeurs suppurées du mésentère dans la littérature (38 résumés d'observations).

IV - Conclusions cliniques sur les cas de pseudo-tumeurs du mésentère relevés dans la littérature :

- Conclusion
- Bibliographie.

THE

AMERICAN

REVIEW

OF LITERATURE AND ART

AND OF THE

PROGRESS OF SCIENCE

AND OF THE

GENERAL STATE OF

THE UNITED STATES

OF AMERICA

AND OF THE

WEST INDIES

AND OF THE

AFRICA

AND OF THE

ASIA

AND OF THE

EUROPE

I - GENERALITES SUR LES PSEUDO-TUMEURS SUPPUREES DU MESENTERE

A) Rappel anatomique sur le mésentère

- Définitions : Un méso est un repli péritonéal qui uni la paroi abdominale à un segment du tube digestif, repli composé de deux feuillets séparés l'un de l'autre par une mince lame de tissus cellulo-grasieux, et engainant des pédicules vasculo-nerveux allant de la paroi aux organes enveloppés par la séreuse péritonéale.
- Le mésentère est un long méso péritonéal qui relie le jéjunum à la paroi.
- Configuration et rapports : C'est une membrane godronnée, dont l'insertion pariétale mesure seulement de 15 à 18 cm, le bord libre, viscéral, atteignant lui, la même longueur que les anses grêles soit 6 m, 50.
- Le bord adhérent issu du péritoine pariétal replié - ou racine - commence au niveau de la 2ème vertèbre lombaire et se dirige en bas et à droite vers la fosse iliaque droite, dans ce trajet il longe le 4ème duodénum, croise le crochet du pancréas et la 3ème portion du duodénum en passant par l'émergence des vaisseaux mésentériques supérieurs. Plus bas, la racine croise la veine cave inférieure en avant, longe en arrière les artères iliaques primitives puis externes -droites- croisant

sur le psoas les vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens et l'uretère. Elle se termine à l'angle du jéjuno-iléon avec le colon ascendant, en regard de l'articulation sacro-iliaque droite, à la hauteur du promontoire.

- Le bord libre sinueux, se confond avec le bord adhérent des anses intestinales, le long de ce bord, les deux feuillets du mésentère s'écartent pour devenir le péritoine viscéral en-gainant l'intestin.

- Dimensions :

- Sa hauteur maximum oscille entre 10 et 15 cm.

- Son épaisseur est variable, maximum à la racine au niveau des vaisseaux mésentériques supérieurs, diminuant graduellement vers le bord intestinal, les variations dépendant de la plus ou moins grande quantité de graisse contenue dans le mésentère.

- Contenu : On trouve entre les deux feuillets péritonéaux du mésentère :

1) - L'artère mésentérique supérieure, ses branches intestinales et leurs ramifications anastomosées en arcades.

2) - La grande veine mésentérique et ses branches collatérales satellites des artères intestinales.

3) - Surtout les ganglions mésentériques supérieurs échelonnés le long des vaisseaux mésentériques, les vaisseaux chylifères qu'ils reçoivent et les canaux lymphatiques qui les relient entre eux et au groupe central.

4) - Le plexus nerveux mésentérique supérieur.

5) - De la graisse (celle-ci fait défaut chez le nouveau-né, et est inégalement répartie chez l'adulte).

- Deux points sont importants à noter :

1) - La vascularisation terminale du jéjuno-iléon est réalisée par les vaisseaux droits, issus des arcades artérielles, pénétrant dans l'intestin pour faire une arcade anastomotique intrapariétale, mais cette arcade n'est pas toujours reliée à ces vaisseaux et est le plus souvent insuffisante ; une désinsertion du mésentère entraînant la nécrose du segment chirurgical correspondant (d'où l'obligation de faire une résection en V du mésentère associée à une résection intestinale du territoire correspondant).

2) - La circulation de la lymphe est assurée par des chylières très nombreux, satellites des vaisseaux droits, sortant de la paroi du jéjuno-iléon : les chylières d'Arelius. Le mésentère contient 3 groupes ganglionnaires :

- . Le groupe périphérique, juxta-intestinal, le long des vaisseaux parallèles ;
- . Le groupe moyen, le long de l'arcade primaire et des branches de l'artère mésentérique supérieure ;
- . Le groupe central, dans la racine.

Au delà, un ou plusieurs troncs intestinaux gagnent les ganglions juxta-aortiques, le tronc lombaire gauche et, par le canal thoracique, le système cave supérieur.

(La région du coecum et de l'appendice ont la même irrigation lymphatique et le même aboutissant).

B) Rappel sur l'histologie du système lymphoïde iléo-jéjunal.

Peu importante dans le duodénum, la couche lymphoïde acquiert un grand développement dans le jéjunum où elle présente de nombreux folli-

cules clos qui interrompent souvent la musculaire mucosae. Dans l'iléon, les follicules se groupent en 30 ou 40 plaques de Peyer, mesurant parfois plusieurs centimètres de long, toujours situées du côté opposé au bord d'attache de l'intestin ; toutes ces formations produisent des lymphocytes, dont une grande partie gagne la lumière intestinale (dans la région iléo-coecale, les formations lymphofides sont très développées, réalisant une plaque de Peyer annulaire).

C) Rappel sur l'anatomie, la physiologie et la physiopathologie du système lymphatique mésentérique.

- Le système lymphatique entéro-mésentérique se distingue des autres formations de même nature par une toute particulière richesse liée aux nécessités d'une activité intense et permanente, il participe largement au travail de l'absorption digestive et gagne ainsi toute une série de privilèges.

- d'ordre anatomique (constitution particulière de l'appareil lymphofide de l'intestin).
- d'ordre physiologique (acheminement des corps gras).
- d'ordre physiopathologique (activité renforcée par "l'arrêtation" et la destruction des germes intestinaux et souvent pathogènes).

- Tout système lymphatique est composé de réseaux d'origine, de vaisseaux collecteurs, de relais ganglionnaires, placés sur le trajet des collecteurs et dépositaires du tissu lymphatique actif, enfin de troncs qui débouchent à leur terminaison dans le système veineux. Le contenu commun est la lymphe, produit dudit système de distribution.

Les fonctions du système lymphatique sont le drainage, le ramassage, la filtration ou épuration et la "liquidation" des éléments indésirables. L'étroitesse proportionnellement croissante des lits vasculaires oblige le système lymphatique sur toute son étendue, à restituer aux espaces interstitiels, après épuration, une partie des liquides qu'il a puisé, après avoir détruit les corps étrangers et déchets de toutes natures et fait peau neuve.

Les lymphatiques captent les particules inertes, les poussières, les colorants, les particules protéiques, les débris cellulaires, les cellules cancéreuses (d'où les métastases lymphatiques des cancers), les globules rouges extravasés et, bien entendu les bactéries.

Au niveau des ganglions, il y a fixation des solides, des cellules, des bactéries et restitution de la lymphe épurée, reconstituée, partie aux espaces interstitiels, partie aux canaux sus-jacents.

Les débris de cellules, de globules rouges, les poussières sont ainsi arrêtés et détruits, les grands mononucléaires, les cellules du réticulum et les moyens mononucléaires font fonction de macrophages. Les tissus ganglionnaires secrètent des ferments, dont une lipase, contribuant aux actions de "liquidation".

"A l'état normal, l'activité du ganglion est réduite, il est un organe de réserve, mais survienne un processus pathologique, la réserve de tissu embryonnaire que représente le ganglion va profilérer pour concourir à la défense de l'organisme" (H. GOUGEROT).

- Physiopathologie :

Les microbes, s'ils ont résisté à la phagocytose locale au point de pénétration, parviennent aux ganglions des secteurs par les canaux lymphatiques. Le plus souvent ils sont arrêtés par les cellules endothéliales des sinus, englobés et détruits.

Si cela ne suffit pas, les mononucléaires extravasés du parenchyme ganglionnaire, les polynucléaires apportés par le sang, concourent à la lyse, en même temps que se manifeste l'action des ferments.

Le plus souvent, la dégradation des germes est si rapide que nul symptôme clinique n'est perceptible.

Il arrive aussi que le microbe, jugulé, subsiste à l'état vivant, quelques jours ou quelques semaines comme un corps inerte sans provoquer de réaction sensible, la virulence s'affaiblit alors de plus en plus, pour aboutir à la dégénérescence granuleuse des bactéries et à leur disparition, mais, avant cette phase, des réveils sont toujours possibles.

- Dans d'autres cas apparaissent tous les signes inflammatoires d'une adénite aigüe avec multiplication des follicules clairs, exacerbation des défenses fermentaires, il arrive alors parfois qu'elle suppure. Le système lymphatique de l'intestin atteindra rarement ce stade, car les ganglions sont constamment activés parce que leur combat n'est pas intermittent comme ceux des autres ganglions mais constant.

Le système intestinal se caractérise par une extrême richesse et une non moins grande activité, car les parois intestinales comportent en plus des "formations lymphoïdes":

"L'appareil lymphoïde de l'intestin est un vaste ganglion lymphoïde diffus, étalé sur toute la longueur de la muqueuse intestinale".

Les particularités physiologiques et physiopathologiques au système lymphatique mésentérique découlent des processus généraux, car les cellules lymphoïdes s'éliminent moins, ici, par les vaisseaux lymphatiques des villosités que par la muqueuse intestinale, et tombent dans la lumière digestive. Ces éléments pourraient apporter à la digestion une contribution utile. Ce qui est certain, c'est qu'un très grand nombre d'entre eux ne migrent que pour refouler dans la lumière de l'intestin, après capture, les produits nocifs et les bactéries qui en viennent.

- L'autre partie des germes est drainée par les réseaux lymphatiques et amenée vers les ganglions. Là se produisent les phénomènes déjà décrits, mais l'activité y est telle qu'en pratique les germes ramassés succombent et qu'il est exceptionnel d'observer dans le mésentère des infections à pyrogène banaux.

- Pendant la digestion, les passages deviennent massifs et l'envahissement temporaire du sang (bactériémie post prandiale) s'ajoute à celui de la lymphe.

- Streptocoques, staphylocoques, colibacilles sont détruits par ce processus qu'il vaut mieux appeler physiologique, parce qu'il est quotidien et que l'éventualité d'une suppuration reste exceptionnelle : la pathologie naît avec des adénovirus, le bacille de Malassez et Vignal, le bacille de Koch, la bactériémie charbonneuse, etc...

D) Retentissement neurovégétatif des Adénolymphites ou les complications engendrées par le phénomène de Reilly lors de l'agression du ganglion mésentérique.

C'est à Reilly que l'on doit de renverser l'idée qu'une adénopathie mésentérique la plus isolée, la plus pure, ne nécessite point de lésion

mère, intestinale, sous jacente ; c'est lui qui mit en évidence que c'est le ganglion en premier qui est colonisé par le germe sans lésion préalable, c'est l'adénite indépendante en elle-même qui possède un redoutable pouvoir pathogène par atteinte (de quelque nature que ce soit, bactérienne, endotoxinique, mécanique, faradique) des fibres nerveuses du système du grand splanchnique qui va se charger de réaliser au niveau des parois intestinales d'éventuelles lésions secondaires.

- La variété extrême des accidents causés par l'adénolymphite par le jeu des incitations neuro-végétatives (spasme, dilatation aigüe siné matéria, invagination, oédème, purpura, gangrènes, infarctissement, suffusions hémorragiques) plaide en faveur d'un mécanisme effecteur simple et puissant, de niveau tissulaire, capable d'engendrer à partir d'un processus élémentaire, une gerbe de lésions : ce mécanisme c'est l'anoxie (G Laurence).

- Cette anoxie, par les désordres qu'elle crée , notamment au niveau des cellules qui y sont le plus souvent sensibles : cellules nerveuses, explique les contractions intestinales désordonnées, la violence du péristaltisme, bref les productions d'invaginations.

- En clinique, la variété des réactions vasomotrices est multipliée par l'intervention de l'infection.

E) Etiologie des Adénites Suppurées du Mésentère.

- L'étiologie des suppurations ganglionnaires du mésentère se résume pratiquement à deux organismes :

- . Le bacille de Malassez et Vignal ;
- . Les adénovirus.

Les autres causes connues sont beaucoup plus rares, quand aux inconnues elles n'ont que le mérite de faire soulever des hypothèses variées.

1) - Le bacille de Malassez et Vignal (seule dénomination correcte d'après H. Mollaret), est responsable d'environ 20% des atteintes, encore est-il souvent mésestimé du fait de ses atteintes infracliniques.

Il prédomine dans le sexe masculin, chez les enfants dont l'âge est compris entre 8 et 12 ans. Sa clinique se caractérise par un début brutal, l'absence de prodromes (pas de crises douloureuses répétées) (pas de signes rhinopharyngés, trachéo bronchitiques ou conjonctivaux.)

C'est le type même du diagnostic d'intervention, c'est lui qui va tout particulièrement donner des formes pseudo-tumorales, encore que les formes appendiculaires représentent 80% des modes de début. Il se plaira encore à se révéler d'invagination ou de tout autre épisode abdominal aigu.

Le diagnostic étiologique porte sur 4 points :

a) La mise en évidence du germe par culture de ganglions, ne demande pas d'équipement particulier, encore faut-il que le ganglion parvienne dans les 48 heures au laboratoire spécialisé.

Le germe peut-être retrouvé dans les selles, avant antibiothérapie par coproculture sur milieu de Leifson ou mieux de E. J. Morris.

b) L'examen anatomopathologique du ganglion fixé met en évidence la lésion caractéristique, mais non pathognomonique : abcès arrondis à prédominance corticale avec nécrose centrale entourée d'une couronne réticulohistiocytaire.

c) La séroagglutination nécessite, un taux supérieur au $\frac{1}{200}$ composé sur deux échantillons de sang prélevés à 8-10 jours de distance (le premier pouvant être réalisé le jour de l'intervention).

Les taux peuvent être négatifs, ce qui n'exclue pas le diagnostic : la date de l'intervention étant tout à fait indépendante de la date d'infestation. Les taux d'anticorps s'élèvent parfois progressivement et peuvent atteindre $\frac{1}{1000}$, $\frac{1}{2000}$, parfois $\frac{1}{5000}$ et même $\frac{1}{10.000}$ pour retomber à 0 en 2 à 4 mois.

On distingue actuellement 5 types sérologiques et 4 sous types.

d) L'intradermo-réaction avec antigène constituée par un autolysat filtré et chauffé de corps microbiens, est valable quelquesoit le type sérologique en cause.

- Pratiquement on injecte en intra dermique de $\frac{1}{10}$ à $\frac{1}{20}$ de ml d'antigène. La lecture se fait au second jour. Une réaction précoce et fugace étant sous valeur. La réaction positive consiste en une papule rouge, infiltrée, visible et palpable de 1 cm au moins de diamètre, souvent prurigineuse et parfois spontanément sensible. Cette positivité est généralement retrouvée dans les semaines suivant l'intervention et curieusement d'autant plus que l'adénite est suppurée, elle semble persister pendant 2 à 5 ans.

En fait, l'isolement du germe est le seul critère infaillible, mais il faut cependant essayer de toujours réaliser les 4 ordres d'examen. L'isolement permet en outre l'étude de la sensibilité de la souche aux antibiotiques, ce qui n'est pas négligeable puisque l'on connaît un cas de décès par résistance du germe à la streptomycine.

Ces investigations seront enfin continuées par une enquête épidémiologique, la contamination est buccale, dans 2/3 des cas on retrouve un animal porteur du germe (poulet, lapin, cobaye, chat, lièvre, mouton, oiseau) ou la proximité d'une décharge publique, d'un égout. La saison favorable s'étend de novembre à avril avec un maximum en décembre-janvier.

2) - Les adénovirus :

- 10% des cas d'adénites, mais certainement beaucoup moins de formes pseudo-tumorales, les ganglions étant en règle plus petits. Là encore le sexe masculin domine entre 3 et 22 ans.
- L'évolution est ici particulière, en deux temps :

1ère phase : fébrile avec pharyngite, conjonctivite, trachéo-bronchique voire pneumonique.

2ème phase : abdominale en 48 heures à 15 jours.

Le diagnostic se fait

a) Sur l'isolement du virus en cultures cellulaires à partir de ganglions, associé à l'isolement sur appendice, gorge, selles.

b) La sérologie, nécessitant toujours deux prélèvements :

. Les anticorps fixant le complément apparaissent vers le 10ème - 15ème jours, sont maxima au 40ème - 50ème jours, disparaissent en 2 à 3 mois.

. Leurs taux sont plus faibles, il faudra exiger des taux supérieurs au $\frac{1}{32}$ avec élévation de 4 fois au moins lors du second dosage.

La numération et la formule sanguine et l'examen anatomopathologique ne sont ici que de peu de valeur.

3) - Autres Etiologies

- Staphylocoques,
- Escherichia coli,
- Protéus, ,
- Neisseria,
- Pseudomonas,
- Klebsielles,
- Corynebactéries, . s'ils se rencontrent dans les cultures de ganglions, ne sont certainement pas en cause,
- Le streptocoque réalise une maladie en 2 temps, atteignant d'abord la gorge puis les ganglions mésentériques,
- Les salmonelles, les adénites typhoïdiennes cliniquement isolées sont bien connues,
- Tuberculose : la primo-infection d'un ganglion mésentérique reste exceptionnelle,
- Les parasites intestinaux sont difficiles à étudier du fait de leur fréquence, on a évoqué des phénomènes allergiques ou de multiples microtraumatismes, en fait, H. Mollaret ne leur fait jouer qu'un rôle favorisant l'action d'autres agresseurs,
- Le toxoplasma gançii semble lui plus souvent en cause, ce sont surtout les réactions de fixation du complément et le dye-test qui le feront évoquer.

L'ensemble de ces causes étiologiques ne représente que 40% des adénites, pour les 60% les hypothèses ne manquent pas :

- Affection psycho-somatique pour H. Koist,
- Troubles métaboliques des lipides ou des glucides selon les uns ou les autres,
- Allergie.

Le problème est loin d'être résolu.

En ce qui concerne les pseudo tumeurs suppurées, un fait est certain : la prédominance de l'étiologie bactérienne, notamment l'atteinte par le bacille de Malassez et Vignal, et c'est vers cette mise en évidence que tous les efforts devront avant tout porter.

F) - Diagnostic Différentiel

Là encore, les trois grands modes de révélation considérés, permettront d'évoquer trois grandes séries de diagnostics.

1) - Devant un syndrome abdominal aigu ou subaigu, l'appendicite aiguë, le plastron appendiculaire, la péritonite appendiculaire seront les affections auxquelles le médecin pensera en premier, et ce n'est pas l'absence de contracture, les antécédents douloureux ou tout autre détail sémiologique qui feront changer le chirurgien de diagnostic : l'intervention se justifie pleinement, l'exception ne doit en rien attaquer la règle. Lors des épisodes à douleurs atypiques, la sigmoïdite, les poussées aiguës de colite, les diverticulites peuvent être évoquées, le lavement baryté prendra ici toute son importance avec l'étude des antécédents.

Rarement une urgence gynécologique peut être en cause : un pyosalpinx rompu, par exemple, comme nous le verrons plus loin.

2) - Une complication : invagination intestinale aiguë, occlusion, fera soulever les diagnostics différentiels propres à ces affections, la pseudo-tumeur, devient ici une étiologie propre à ces modes révélateurs. L'infarctus mésentérique est moins souvent en cause du fait de sa symptomatologie si particulière.

3) - C'est finalement devant une masse abdominale, qu'elle soit de découverte primitive ou secondaire aux causes ci-dessus que

se pose le véritable problème. Si le syndrome abdominal aigu prédomine on pensera à un plastron, un abcès ; si l'invagination est soupçonnée à un boudin d'invagination ; mais si la masse est isolée, si elle paraît être le primum movens, le diagnostic des tumeurs de l'intestin, du mésentère ou de tout autre organe sera évoqué, et ce d'autant plus facilement que la masse sera volumineuse :

- d'abord les tumeurs du mésentère, diagnostic pratiquement d'élimination, qui ne sera confirmé que par la laparoscopie, se traduisant par des douleurs périombilicales, une altération discrète de l'état général, un "vide radiologique" aux explorations radiologiques du grêle et qui nécessiterons une artériographie sélective de l'artère mésentérique supérieure. Un accident occlusif enfin peut compléter le tableau :
 - un kyste du mésentère,
 - une tumeur solide du mésentère :
 - . bénigne : lipome surtout, la plus fréquente, fibrome, myxome.
 - . maligne : sarcome, liposarcome, léfomyosarcome, angiosarcome, ostéosarcome, lymphosarcome.
- Après avoir éliminé les tumeurs de voisinage : intestinales, faux kystes du pancréas, voire kystes de l'ovaire,
- Il restera, les tumeurs entrant dans le cadre de maladies généralisées : hodghin, etc...

Quant aux diagnostics plus rares, nous ne citerons que pour mémoire : l'adénite à salmonelles d'une typhoïde atypique, un rein ectopique, un ganglion mésentérique tuberculeux voire une tuberculose iléo-coecale ou une iléite terminale.

Cette énumération, volontairement excessive, traduit bien la perplexité du médecin devant l'affection et justifie pleinement la laparoscopie.

II - PRESENTATION DE L'OBSERVATION ET CONCLUSION

Le 19 Mai 1970, Monsieur Louis C..., 30 ans, dessinateur industriel, marié, est hospitalisé dans le service de Monsieur le Professeur RISTILHUEBER, à l'hôpital de Saint-Denis, adressé par son médecin traitant pour :

Syndrome douloureux abdominal.

Après un week-end bien fêté et bien arrosé, un lapin aux champignons lors du repas de midi, Monsieur C... a commencé, vers 18 heures à souffrir du ventre : apparition progressive d'une douleur de la région ombilicale gauche et de la fosse iliaque gauche, à type de torsion, croissante, avec quelques paroxysmes, sans vomissement, ni troubles urinaires. Il s'en suit une anorexie, une insomnie partielle et Monsieur C... consulte son médecin qui constate :

- un abdomen douloureux,
- une nette défense de la paroi,

fait préciser :

- l'absence de selles depuis la veille,
- avec cependant conservation de quelques gaz, et prescrit un traitement symptomatique par voie parentérale et per os qui n'apporte pas de soulagement.

Le lendemain, la douleur n'ayant pas cédée, le malade se rend à la consultation du même médecin qui conseille l'hospitalisation.

- On note aux urgences :

- une pyrexie à 38° C.
- une tension artérielle à 12-8.
- une douleur provoquée à la palpation de la région ombilicale.
- le toucher rectal est négatif.

- A l'interrogatoire :

Aucun membre de la famille du malade n'a présenté de troubles digestifs. Aucun n'avait d'infection cutanée notamment aux doigts. Les produits ingérés étaient frais et semblaient de bonne qualité. Les champignons étaient de Paris, frais.

- Dans les antécédents on note :

- Un épisode semblable, associant une douleur identique, quoique moins violente, un ballonnement intestinal, également après ingestion de champignons ayant eu lieu un mois et demi auparavant et cédé spontanément en 2 à 3 jours.

- Un zona en 1962 - intercostal.

- A la même époque un accident de la voie publique avec traumatisme crânien et perte de connaissance ayant nécessité huit jours d'hospitalisation à l'hôpital de Batna (Algérie) pour un hématome de la paroi abdominale situé au niveau de la fosse iliaque droite. Aucun autres antécédents notamment chirurgicaux.

Monsieur C... est dessinateur industriel, marié, père d'un enfant de 6 ans bien portant. Il fume peu, boit environ trois quart de litre de vin par jour. Notons une surcharge en travail et des ennuis conjugaux.

A l'examen du 20 Mai 1970

Au niveau de l'abdomen : la palpation profonde et la percussion de l'épigastre, de la région sous costale gauche, du flanc et de la région para-ombilicale gauche sont douloureuses et provoquent une défense. Ces régions sont sonores. Le reste de l'abdomen est indolent, la paroi est souple :

- pas de matité déclive,,
- pas d'hépto-splénomégalie,
- les orifices herniaires sont libres,
- le toucher rectal est toujours négatif.

. Coeur et vaisseaux : les bruits : du coeur sont réguliers et bien frappés

- le pouls est à 80,
- la tension artérielle à 13-8.

. Les poumons sont normaux,

. Les aires ganglionnaires libres,

. Les fosses lombaires sont souples, dépressibles, indolores, ainsi que les points urétéraux, bourses et méats sont normaux. Prostate normale,

. La conscience, le psychisme sont normaux, pas d'anxiété, pas de pithiatisme évident, l'examen neurologique est strictement normal.

On conclue alors : homme de 30 ans, en bon état général, présentant un syndrome douloureux et subfébrile abdominal après quelques excès alimentaires. A l'examen on retrouve une douleur provoquée dans le quadrant superogauche de l'abdomen, une discrète hypersonorité abdominale.

Ce même jour, les selles réapparaissent contenant les reliefs presque intacts des champignons absorbés le 18.

- La numération et la formule sanguine montrent 5 850 globules blancs avec 87% de polynéutro le 19 Mai, pour passer à 12 000 globules blancs et 87% de polynéutro le 20 et se maintenir à 12 000 GB et 85% de polynéutro le 21 Mai.

On note 4 monocytes dans les deux dernières numérations. Il n'y a jamais eu d'anémie (5 000 000 de globules rouges pour 14 g 4 d'hémoglobine). Pas d'eosinophilie.

- La glycémie est à 1,04 g/l, l'urée à 0,20 g/l.
- L'amylasémie à 164.
- Le BW s'est révélé être négatif.
- Dans les urines : quelques globules blancs altérés isolés, rares globules rouges. Culture négative.
- H. L. M. : d : 0,72 ml/mm ; G. B. : 1440 ; G. R. 1 000
- La coproculture met en évidence : des colibacilles, des protéus, des levures non pathogènes.
- La VS est à 30-60.
- La radio-pulmonaire est normale.
- La radio d'abdomen sans préparation ne montre rien de pathologique : pas d'épanchements gazeux ni liquidiens du péritoine.

Le 22 Mai 1970

- Sub-occlusion depuis 48 heures.
- La douleur est devenue plus nette avec défense, irradiation douloureuse à gauche de la ligne médiane sous et para-ombilicale.

- Le lavement baryté du 21 montre un coecum ectopique à gauche de la ligne médiane et en 3/4 antérieur un aplatissement vers le bas et en avant du sigmoïde.
- On se pose alors le problème d'une éventuelle crise d'appendicite ectopique.

Le 23 Mai 1970

Consultation chirurgicale du Dr. Rinderknech :

"Malgré la position un peu gauche du coecum, il ne s'agit probablement pas d'un syndrome appendiculaire.

La zone douloureuse étant nettement à distance plus à gauche et plus haute et augmentant d'intensité.

A la palpation on découvre une tuméfaction ronde évoquant, un peu, une adénite mésentérique.

Dans ce cas : pas d'indication opératoire immédiate".

Une urographie demandée en urgence est normale si ce n'est la présence d'une petite déviation de l'uretère gauche au niveau du foyer clinique.

Le 25 Mai 1970

- Pyrexie à 37°5.
- La masse mobile siège ce jour dans l'hypocondre gauche.

Le 26 Mai 1970

Au transit du grêle, il subsiste une zone vide de grêle paraver-



- U. I. V. du 23 Mai 1970 :

à 10 et 15 mn : net refoulement de l'uretère gauche vers la colonne vertébrale, à sa partie moyenne et début de refoulement de l'uretère droit. Pas de stase sus-jacente. Reste de la morphologie normale.



- Transit du grêle du 25.5.70 : durée 7h 45.

Zone vide de grêle paravertébrale et iliaque gauche au niveau de L3-L4, ovulaire à grand axe vertical.

tébrale gauche, au niveau de L3-L4, ovalaire à grand axe vertical. Cette zone est à peu près superposable à la déviation de l'uretère.

Il semble donc exister un corps étranger refoulant en arrière l'uretère et en avant le grêle, perceptible à la palpation, plus ou moins mobile d'un jour à l'autre, douloureux, provoquant également à son voisinage un hyperpéristaltisme perçu à la palpation.

La cuti étant phlycténulaire on pense alors à un abcès du psoas, sinon à un kyste infecté ou à un 3ème rein exclu.

Le 27 Mai 1970

Consultation chirurgicale du Dr. Rinderknech :

On décide de pratiquer une laparotomie exploratrice. Les radios de colonne lombaire sont normales, éliminant un abcès pottique.

Passage du malade dans le service du Professeur DAVID. L'état général est toujours bien conservé, la température à 37°, alors que le malade a eu pour tout traitement pendant son hospitalisation en médecine : atropine, spasphon, paraffine et vessie de glace.

Le 28 Mai 1970

Laparotomie exploratrice (Dr. Rinderknech).

"Médiane à cheval sur l'ombilic. On découvre une masse ronde, de la taille d'une orange, régulière, ferme, inflammatoire, sur laquelle est plaqué le colon transverse, l'épiploon et deux anses grêles. La libération de ces différents éléments est très facile après résection du grand épiploon.

La masse est dans le bord libre du mésentère, on peut faire une résection intestinale de 40 cm sans problème.

- section en V du mésentère après ligature au catgut 0.
- Anastomose des deux extrémités (à peu près au milieu de la longueur du grêle) en termino-terminal par un plan de nylon 0 extra-muqueux : excellent aspect de l'anastomose.
- fermeture de la brèche mésentérique au catgut sur ces deux faces. L'exploration de l'abdomen est rigoureusement normale: aucune adénopathie, foie sain. Toilette péritonéale, fermeture pariétale en deux plans nylon n° 3 sur l'aponévrose. Fils et agrafes. Sonde d'aspiration gastrique.
- pièce au labo".

Conclusion "adéno-phlégmon du mésentère".

Compte-rendu d'anatomopathologie du 2 Juin 1970 (Dr. Ripault J)

"Prélèvement intestinal.

- il concerne une anse intestinale à laquelle est appendue une masse tumorale de la taille d'un pamplemousse, située dans le mésentère.
- à la coupe, cette masse est centrée par une nécrose puriforme blanchâtre.

Histologiquement :

- cette masse est faite de multiples abcès suppurés ou bien d'amas de cyto-stéatonecrose.

- on n'y trouve aucune image de tuberculose, ni de prolifération tumorale, en particulier de sarcome ganglionnaire.
- les réactions opératoires passent en tissus sain.

Conclusion :

- pseudo-tumeur suppurée et cytotéatonécrotique".

Evolution post-opératoire :

- maintient d'une aspiration digestive du 27 au 30 Mai 1970.
- 5 millions d'unités de pénicilline par jour jusqu'au 4/7/1970.
1 g de streptomycine par jour jusqu'au 11 Juillet 1970.
- le 30 le malade à des gaz, le transit semble se rétablir, diurèse et pouls évoluent favorablement.
- pas de problème hydro électrolytique. Une U.I.V. du 6 juillet montre des uretères en place.
- le 7 Juillet ablation des fils.
- le malade sort le 12 Juillet 1970 en bon état général avec des fonctions digestives normales.
- il sera revu 3 fois en consultation, et malgré de graves soucis conjugaux, la convalescence sera du plus favorable.

Conclusion de l'Observation

Cette observation d'un sujet jeune, 30 ans, de sexe masculin, ayant présenté un syndrome douloureux et subfébrile para-ombilical gauche, chez qui l'examen systématique a retrouvé une tuméfaction à la palpation profonde est particulièrement intéressante :



- U.I. V. de contrôle du 6 Juillet 1970 en post-opératoire :
- l'uretère gauche a retrouvé sa place.
- reste de la morphologie normale.

- Par le siège de l'adénophlegmon, en plein mésentère, au milieu du grêle, alors que le siège paracoecal est le plus habituel.
- Par la visualisation indirecte de la tumeur au lavement baryté, au transit du grêle et à l'urographie intraveineuse.
- Par la sanction chirurgicale réalisée, bien que le diagnostic ait été formellement évoqué pour éliminer une affection abdominale aigüe.

Elle nous fait regretter :

- que la pièce n'ait pas été mise en culture.
- que l'étiologie n'ait pu être mieux précisée et en particulier qu'il n'ait pu être réalisé une étude virologique, un séro diagnostic et une intradermo-réaction à l'antigène du bacille de Malassez et Vignal.

Ella a le mérite d'attirer l'attention sur la difficulté et l'importance de l'établissement du diagnostic différentiel et de l'étiologie de telles pseudo-tumeurs.

III - LES PSEUDO-TUMEURS SUPPUREES DU MESENTERE DANS LA LITTERATURE

Nous allons essayer de replacer ce cas de pseudo-tumeur suppurée du mésentère au sein de ce qui a déjà été publié à ce sujet dans la période contemporaine ; ceci, sans préjuger de l'étiologie qui d'ailleurs est de loin toujours élucidée.

Ce chapitre sera suivi d'une synthèse essayant de préciser la clinique et l'étiologie de telles tumeurs, en conséquence, nous nous contenterons de respecter la chronologie de parutions des différentes observations.

- Aboulker dans sa remarquable thèse de 1936, sur 94 cas d'adénites aiguës appendiculaires et d'adénolymphites mésentériques aiguës ne retrouve que 20 cas de palpations de masses ganglionnaires avant l'intervention, précisant que cette recherche, difficile du fait de la défense n'est couronnée de succès, dans la moitié des cas, que sous anesthésie générale. Il résume les caractères de cette masse en la situant dans la fosse iliaque droite, en la décrivant arrondie, nodulaire, de la taille d'une amande à celle d'un poing d'enfant, légèrement mobile, nettement circonscrite, douloureuse en dehors de l'anesthésie.

- Boileau, en 1952 sur 87 adénites mésentériques n'en retrouve qu'une volumineuse, Gailliard en 1955 n'en retrouve également qu'une sur 88 cas.

- Madigan et Coffey, en 1950 sur 184 cas n'en noteront que 10 volumineux.

- Patty Pierre dans sa thèse de 1954 sur les adénopathies mésentériques pseudo-tumorales regroupe deux cas personnels et 13 observations collectées.

N° 1 : Il s'agit d'un jeune garçon de 12 ans :

Gustave TAL... présentant le 26/9/1968. Le tableau d'une appendicite aigüe : douleurs abdominales brutales, vomissements, température élevée à 38°7, défense de la fosse iliaque droite avec sensation d'empatement profond.

Le compte-rendu opératoire du 1/10/1948 met en évidence une grosse tumeur de l'angle iléo coecal, "comme les deux poings", prédominant au niveau du mésentère, épaissi et enflammé.

A l'histologie : hypertrophie ganglionnaire d'origine inflammatoire, banale, avec sur un point, tendance à la suppuration. Pas de cellules géantes pouvant faire penser à une tuberculose.

Dans les suites, malgré la pénicilline, l'hyperthermie reste en plateau à 38°5, il persiste un syndrome occlusif modéré, la masse tumorale augmente de volume, bien perceptible sous la paroi qui ne le défend plus.

On évoque alors les diagnostics d'adénite mésentérique, de lymphosarcome ou d'iléite terminale, ce qui conduit à une réintervention le 2/10/1948. On découvre cette fois une masse énorme, du volume d'une tête d'enfant. Le coecum et l'iléon étant très inflammés.

On réalise une hémicolectomie droite classique.

L'histologie montre une abondante néoformation conjonctive inflammatoire, infiltrée de nombreuses cellules diverses, effaçant toute structure conjonctivo-graisseuse mésentérique normale. Masse faite de l'assemblage de 4 à 5 ganglions avec périadénite. L'appendice est sain, l'iléon et le coecum incisés sont piquetés sur toute leur hauteur par plus d'une centaine de tricocéphales. Inflammation de nature probablement hyperergique, peut-être d'origine parasitaire.

Les suites furent satisfaisantes malgré l'apparition d'une fistule colique.

N° 2 : Paulette G..., 18 ans, présentait depuis 15 jours, des douleurs de l'épigastre et de l'hypochondre droit à type de brûlures peu intenses, post-prandiales, durant 1 à 2 heures. Pas de vomissements, ni de nausées, ni de troubles du transit, ni de température.

Le 8 Mai 1953 : brutalement : crise douloureuse de la fosse iliaque droite, température à 38° C, toujours sans vomissements, ni nausées, ni troubles du transit, pouls à 80.

- A l'examen : point douloureux au Mac Burney.
- Le diagnostic d'appendicite est rejeté devant l'absence de signes physiques, on prescrit de la glace sur le ventre et de la streptomycine.
- Finalement, une intervention est réalisée le 9 Mai 1953 devant la sensation d'un empâtement derrière le grand droit : la jonction iléocoecale est collée en un bloc tumoral, le mésentère est rouge et épaissi, gros comme un avant bras d'adulte.

- Les suites furent sans histoire avec un traitement de :
pénicilline 1 000 000 d'unités par 24 heures, streptomycine
1g/jour, phénergan.

N° 3 : (in Camenen - thèse - Paris 1951).

L'enfant L... jeune garçon de 14 mois présenta une violente crise appendiculaire le 24 Novembre 1950. Température à 38°5, pouls à 110, aspect de choc.

- L'abdomen était normal, le toucher rectal négatif.
- On diagnostique une invagination intestinale.
- Le lavement baryté montre un arrêt au niveau de l'angle colique gauche avec image en cocarde.

A l'intervention : tumeur de la taille d'une grosse mandarine dans l'angle iléo-coecal remontant jusqu'à l'angle droit.

Après appendicectomie les suites furent bonnes.

N° 4 : (in Camenen - thèse - Paris 1951)

L'enfant D... garçon de 11 mois présentait depuis quelques jours un état fébrile continu avec infection du cavum. Brutalement, le 6 Janvier 1951 : cris, vomissements. A l'examen : ventre souple. Toucher normal. On diagnostique une invagination intestinale aigüe. Le lavement baryté montre deux arrêts au niveau des angles coliques gauches et droits.

A l'intervention : énorme masse comprimant le colon transverse.

N° 5 : (in Alliot-Jean - thèse - Lyon 1939-1940)

L'enfant R... de 13 ans, est hospitalisé d'urgence pour syndrome appendiculaire.

- L'intervention découvre un liquide purulent provenant d'une adénopathie mésentérique constituée par trois masses rouges vineux dont l'une est grosse comme une mandarine et perforée à la face inférieure du mésentère, en regard de la 4ème vertèbre lombaire, Cultures et inoculations furent négatives. Les suites furent favorables.

N° 6 : (in Goebel 1936)

Il s'agit d'une femme âgée de 51 ans, présentant depuis 3 mois des douleurs sous forme de crampes ou de picotements et de l'hyperpyrexie de temps à autre. Pas de troubles du transit. Deux jours après une radio-d'estomac : douleurs abdominales, fièvre élevée, vomissements.

- A l'intervention pour "appendicite suppurée" ; la fin du grêle forme avec le coecum une masse de la taille d'un poing.
- A l'examen : abdomen météorisé, un peu de contracture diffuse et sensible de la fosse iliaque droite. Hyperleucocytose.
- Décès, malgré la réapparition des gaz par défaillance cardiaque progressive.

N° 7 : (in Deburge 1947)

Garçon de 18 ans, présentant un syndrome appendiculaire.

- A l'intervention : masse ganglionnaire en voie d'abcédation.
Appendicectomie suivie de guérison par évacuation du pus avec méchage.

- . pus amicrobien.
- . cuti négative.

N° 8 : (in Deburge 1947)

Garçon de 8 ans, opéré avec le diagnostic d'appendicite aigüe, présentant du pus dans l'abdomen. On découvre une masse ganglionnaire en voie d'abcédation sur la racine du mésentère.

- . évacuation, méchage, guérison,
- . cuti négative,
- . dans le pus on isole du staphylocoque,
- . on note une rhinopharyngite dans les antécédents.

N° 9 : (in Boileau - thèse - Paris 1952)

Petite fille de 8 ans 1/2 présentant des douleurs abdominales de la fosse iliaque droite, intermittentes, sans vomissements.

- A la 12ème heure : transit bloqué, température normale.
- Gorge normale.
- Le ventre est souple, mais présente une masse dure, bien limitée, mate, sensible de la fosse iliaque droite.
- Le toucher rectal est négatif.
- Le lavement baryté ne montre rien.

- A l'intervention : masse du volume d'une mandarine, formée par un bloc de ganglions accolés à la jonction du mésocolon ascendant et sur la terminaison du méésentère. Colon, grêle et appendice furent normaux. Exérèse de la masse.
- Au laboratoire : adénite subaiguë, pas de cellules anormales.

N° 10 : (in Boileau - thèse - Paris 1952)

Jeune enfant présentant des douleurs de la fosse iliaque droite, des vomissements, de la pâleur.

- Le ventre était souple. On perçoit dans la région sous hépatique une masse douloureuse prise pour un boudin d'invagination.
- Toucher rectal négatif.
- Au lavement baryté : doligosigmoïde.
- A l'intervention : masse ganglionnaire dure, infarcie de baryte, exérèse. Suites normales.

N° 11 : (in Lortat-Jacob et Robert) 1950

Il s'agit d'un jeune garçon de 16 ans, présentant un syndrome appendiculaire.

- A la palpation : boudin allongé, très douloureux, pris pour le coecum.
- A l'intervention : méso énorme, soulevé par une masse polycyclique rouge de 12 cm sur 8 cm.
- Guérison après appendicectomie. Cuti négative, thorax normal, recherche de parasites négative.

N° 12 : (in Caby et Duperrat 1944)

Femme de 37 ans présentant un syndrome appendiculaire aigu. Depuis 4 jours : vives douleurs de la fosse iliaque droite. Ni vomissements, ni troubles du transit. Pyrexie à 39°C, légère défense.

- A l'examen : perception d'une masse douloureuse plus grosse que le poing. On diagnostique un plastron appendiculaire.
- A l'intervention : volumineuse masse ganglionnaire de l'angle iléo coecal. Résection enlevant 25 cm d'iléon, 21 cm de colon ascendant et les ganglions du méso.
- A l'anatomo-pathologie : cinq ganglions de la taille d'une noisette plus 1 non suppuré de la taille d'une mandarine.
- A l'ouverture : muqueuse hérissée de tricocéphales. L'appendice est remplie d'oxyures.

N° 13 : (Leroy des Barres 1930)

Homme de 37 ans présentant des douleurs continues paraom-bilicales, paroxystiques depuis 8 jours.

Le malade présente une tuméfaction à gauche de l'ombilic, qui augmente de volume, de la taille d'une orange. Masse dure et douloureuse, mate, grossièrement ovalaire.

- Le diagnostic n'est pas posé.
- A l'intervention : tumeur du mésentère au niveau des premières anses iléales, fluctuante.
- Pus d'odeur fécalofide que l'on évacue.
- A l'histologie : adénite inflammatoire aigüe. Pus à colibacilles. Suites simples.

N° 14 : (in Oberthur, Odier, Dollfuss - 1943)

Fillette de 10 ans, présentant un syndrome douloureux, abdominal, brusque. Vomissements, température à 39° 5, transit normal. Crise analogue un mois auparavant.

- A l'examen : ventre souple. Masse dure dans la région ombilicale, n'adhèrent pas à la paroi.
- Au lavement baryté : tumeur sus-colique, opaque aux rayons X.
- On évoque les diagnostics de : faux kyste du pancréas, tumeur du mésentère, tumeur de l'intestin, kyste de l'ovaire.
- A l'intervention : tumeur du volume d'une orange dans la partie haute du mésentère. Suites simples.

N° 15 : (in Delannoy 1950)

Homme de 42 ans, présentant depuis 4 jours des douleurs de la fosse iliaque droite avec nausées suivies de vomissements. Pyrexie à 38° 38° 5. Pâleur, faciès altéré. Toucher rectal négatif. Empâtement mal limité, lisse et douloureux de la fosse iliaque droite.

- On diagnostique un abcès appendiculaire.
- A l'intervention : appendice libre. Tumeur du volume d'une orange de l'angle iléo-coecal. Adénite en voie de suppuration. Hémicolectomie droite. Culture de streptocoque pure. On retrouve la notion d'une angine, non traitée, 3 semaines avant.

Tournier J. M. dans sa thèse sur les adénopathies mésentériques non tuberculeuses de l'enfant (thèse Paris 1959) à propos de 2 observations personnelles et de 27 observations collectées, dresse un remarquable tableau clinique de l'affection et : 4 fois retrouve à la palpation profonde une masse douloureuse, mobile, qui se révélera être à l'intervention un adénophlegmon du mésentère survenant chez les adultes de 32 à 42 ans (3 hommes pour 1 femme).

En 1960, G. Patoir de Lille décrit un cas d'adénite mésentérique à forme tumorale (mémoire de l'académie de chirurgie - p 220-225 - 1960).

N° 16 : Roselyne M..., 14 ans est adressée pour appendicite aiguë. Pendant quelques jours : fatigue, inappétence, colique. Depuis 48 heures : vives douleurs du flanc droit avec nausées et hyperthermie à 39° C. Pas de vomissements, mais diarrhée : on pense à un plastron. L'abdomen ne respire pas, il existe une légère défense sans contracture.

- Surtout, on peut percevoir une masse douloureuse, mal limitée, qui fait penser à une appendicite rétro-coecale avec abcès. Le toucher rectal est normal.
- L'intervention du 19 Mai 1959 met en évidence une masse dépassant le volume de deux poings englobant une dizaine de centimètres d'iléon, tout le coecum et remontant jusqu'au foie, d'aspect tumoral. On note de multiples ganglions dans le voisinage. On pratique l'excérèse d'un ganglion et d'un fragment de la masse et on referme.
- La numération et la formule sanguine dénombre : 3 610 000 globules rouges avec une hémoglobine à 74 % et une valeur

- globulaire à 0,92 et 6 400 globules blancs. L'adénogramme élimine les diagnostics de tumeurs malignes ou de Hodgkin.
- L'examen bactériologique montre l'absence de germe. La culture est négative.
 - L'anatomopathologiste écarte une tuberculose et une tumeur maligne pour conclure : adénite subaigüe, d'étiologie virale probable.
 - Le lavement baryté montre des empreintes de ganglions sur la face interne du coecum.
 - La température se maintiendra à 39°C pendant 4 jours malgré l'injection quotidienne d'1 000 000 d'unités de Pénicilline et de 1 g de streptomycine, elle ne cédera qu'après l'adjonction de décadron.
 - Le 14 Août 1959 : appendicectomie ; il n'y a plus d'adénopathies mésentériques, le lavement baryté est redevenu normal.

En 1961, Mollaret, Bonnet, Desgouttes, Thomas Trevoux, Feroldi, Cornet, dans les "archives des maladies de l'appareil digestif" décrivent 1 cas de Pasteurellose humaine à propos d'une adénopathie mésentérique pseudo-tumorale.

N° 17 : Le 1er Septembre 1960, A... Jean-Claude, 7 ans 1/2 présente un syndrome douloureux abdominal fébrile. Depuis quelques temps il se plaignait d'asthénie et de flatulence. L'avant veille il avait présenté un frisson.

- La veille : hyperthermie à 38°-39°C ; fausse constipation depuis 4 jours.
- A l'examen : pas d'amygdalite, langue saburrale, abdomen sensible avec défense sans contracture vraie de la fosse

iliaque droite. Notons de faux besoins et une dysurie. Le toucher rectal découvre un empâtement douloureux à bout de doigt.

- On diagnostique une appendicite aigüe avec abcès probable.
- L'intervention : le jour même, montrant un appendice congestif, une dernière anse grêle épaissie, lourde et organique ; on sent une petite masse sur la face interne du coecum et une autre sur la ligne médiane, plus importante.
- Appendicectomie puis médiane sous ombilicale qui découvre :
 - . un ganglion gros comme une noix, sous la séreuse de la face interne du coecum, que l'on clive facilement.
 - . une masse grosse comme le poing, polylobée, dure, fixée devant le rachis, dans la racine du mésentère, présentant un piqueté hémorragique.
- On pose le diagnostic de lymphosarcome ou de lymphogranulomatose maligne. Malgré tout, on traite par 1 000 000 de Pénicilline et 1 g de streptomycine, la température persiste 2 jours en plateau puis s'effondre le troisième jour. La numération compte 5 500 000 globules rouges et 7 000 globules blancs.
- L'histologiste se prononce en faveur d'un sarcome lymphoblastique.
- Le 14 Septembre 1960 : la recherche d'agglutinines froides se révèle négative, le Paul et Bunnell est légèrement positif, la vitesse de sédimentation est à 8-28. La mise en évidence d'adénovirus, d'ornithose, de psittacose et de toxoplasmose sera négative.

Finalement, l'anatomopathologiste diagnostique une inflammation atypique. Le malade est guéri.

- Devant la multitude d'hypothèses soulevées, la famille amène le malade à Paris dans le service de Monsieur le Professeur Cornet, le 17 Octobre 1960.
 - . lavement baryté, transit du grêle, rectoscopie sont négatifs.
 - . le diagnostic d'adénite mésentérique aigüe est évoqué ; le Professeur Mollaret de Pasteur met en évidence un séro-diagnostic positif au 1/1000 pour Pasteurella pseudo-tuberculosis.

En 1962, PP. PRAT de Nice publie 3 cas d'adénopathies mésentériques primitives à forme tumorale de l'adulte (Ac. chirurgie de Marseille).

N° 18 : Jeune fille de 19 ans ayant été opérée le 20 Mars 1938 pour appendicite "chronique".

- En Mars 1939 : syndrome subaigu de la fosse iliaque droite évoluant sans hyperthermie.
- A l'examen : perception dans la fosse iliaque droite d'une tumeur peu mobile de la taille d'une noix verte, très douloureuse.
- La numération et la formule sanguine est normale. La radio de poumons négative. La malade est opérée le 3 Mars 1939 sans diagnostic précis : dans l'angle iléo-coecal, tumeur manifestement ganglionnaire, arrondie, de la taille d'une mandarine, d'aspect inflammatoire, le bord externe adhérent au bord interne du coecum.
- On pense à une tuberculose iléo-coecale et on réalise une hémicolectomie droite.

- L'anatomopathologiste met en évidence des lésions limitées aux ganglions, à type d'inflammation subaigüe. Inoculation au cobaye sera négative. Suites normales.

N° 19 : Madame Q. . . , 33 ans.

- Le 9 Septembre 1952 : syndrome localisé à la fosse iliaque droite. Température à 39°C. Vomissements, diarrhée.
- A l'examen : douleur de la fosse iliaque droite avec perception d'une tumeur profonde très douloureuse. Le toucher vaginal, extrêmement douloureux permet de sentir le poli-inférieur de la tumeur.
- On discute les diagnostics d'appendicite avec plastron ou de pyosalpynx rompu.
- L'intervention, immédiate, met en évidence un coecum refoulé en avant par une volumineuse tumeur de la taille d'un gros poing, qui, dans sa partie interne, dédouble les deux feuillets du méésentère.
- Hémi-colectomie droite.
- Anatomopathologie : unique ganglion à contenu semi-liquide semi-solide.
- Culture négative.
- A l'histologie : inflammation aigüe et nécrose.
- La malade revue 6 ans après est en parfaite santé.

N° 20 : Mademoiselle R. . . , 18 ans.

Depuis 10 jours : syndrome infectieux avec température à 38°C. Leucocytose à 15 000 globules blancs avec 80 % de polynucléaires. A gauche de

l'ombilic : tumeur douloureuse, mobile de la taille d'un poing. Aucun syndrome abdominal. Pyélographie négative, le lavement baryté montre une tumeur inscrite en dedans du colon.

- Le diagnostic d'adénite mésentérique aiguë est porté et on entreprend un traitement par glace et antibiothérapie (Pénicilline + streptomycine + terramycine).
En huit jours : apyrexie, leucocytose à 9 000 globules blancs, mais la tumeur persiste, toujours aussi douloureuse.
- Compte-rendu opératoire du 9 Mars 1957 : grosse adénopathie de la taille d'une orange. A côté, trois adénopathies plus petites, de la taille d'une noisette. Aspect très inflammatoire, développement dans l'épaisseur du mésentère de la première anse grêle. Suites normales.
- Anatomopathologie : inflammatoire subaiguë sans aspect de tuberculose ni de malignité.

En 1962, A. Sibilly, J. Delage et A. Suhler publient le cas d'une volumineuse adénolymphite mésentérique simulant une tumeur du cœcum ayant conduit les auteurs à réaliser une hémicolectomie droite.

N° 21 : le Jeune Gilbert H..., est conduit le 11 Janvier 1962 à la clinique chirurgicale pour un syndrome douloureux abdominal. Ce malade à 16 ans, aucun antécédent notable.

- Depuis 2 jours : douleurs sourdes, supportables de la fosse iliaque droite, la veille, accentuation des douleurs qui deviennent permanentes, sans toutefois entraîner des troubles du transit et des vomissements.

- A l'examen : la fosse iliaque droite est douloureuse avec légère défense et hyperesthésie cutanée rendant la palpation profonde pénible. Les auteurs semblent cependant percevoir en profondeur une tuméfaction correspondant au coecum.
- La température est à 38°6, le pouls bien frappé à 100, la leucocytose à 12 200.
- Le diagnostic d'appendicite aiguë est porté, l'intervention est réalisée d'emblée.
- A l'intervention, on est immédiatement frappé par l'allure tumorale du coecum qui se présente sous l'aspect d'une masse polylobée, de consistance cartonnée et de couleur pâle. La dernière anse grêle est lourde et rougeâtre, l'appendice apparaît macroscopiquement normal.
- On évoque alors l'éventualité d'un lymphasarcome, ou d'une localisation iléo-coecale d'une maladie de Hodgkin. L'adénolymphite mésentérique est exclue en raison du volume considérable des lésions.
- On enlève la tumeur ainsi que deux masses ganglionnaires de la taille d'un oeuf, situées dans le mésentère, qui sont prises pour des métastases. Hémicolectomie droite.

Les suites opératoires sont normales, le malade reste fébricitant pendant 15 jours malgré l'administration quotidienne de 2 000 000 U de pénicilline et de 1 g de streptomycine.

- L'examen histologique réserve aux auteurs une surprise de taille puisqu'il conclue : "fausse tumeur inflammatoire faisant partie d'une typhlite et pérityphlite subaiguë d'aspect spécifique sans qu'il soit possible de préciser un type particulier".

- L'étiologie tuberculeuse ne peut être prouvée. L'aspect histologique évoquait de près une pasteurellose pseudo-tuberculosis ou même certaines adénites à virus.
- Deux séro diagnostics sont pratiqués les 20/1/1962 et 3/2/1962, ils s'avèreront tous deux négatifs.
- L'intradermo réaction à l'antigène spécifique (H. Mollaret) reste également négative. La recherche dans le sang des adéno virus est infructueuse.

En 1963, J. Blamoutier, R. Chevillote et C. Denimal publient un cas d'adénite mésentérique à forme tumorale du pasteurella pseudo-tuberculosis.

N° 22 : Le 17 Mars 1962, le jeune Etienne H. ..., âgé de 9 ans présente des douleurs abdominales depuis la veille au soir, à type de coliques, siégeant dans la moitié droite de l'abdomen, évoluant par crises, sans vomissements ni troubles du transit. Hyperthermie à 40°C, l'enfant est adressé pour appendicectomie.

- A l'examen, on ne note aucune altération de l'état général, mais l'examen de l'abdomen découvre dans la région paraombilicale droite une masse bien limitée en bas et à droite, de la taille d'un oeuf, assez régulière, ferme, douloureuse à la palpation, mobile de bas en haut.
- On soulève alors l'éventualité d'un kyste mésentérique, d'une tumeur ganglionnaire ou intestinale. Le siège éliminant la collection appendiculaire, de même la numération et la vitesse de sédimentation.
- Intervention pratiquée le 17 Mars : on découvre une masse ganglionnaire du volume d'une orange, formée d'un amas de

ganglions soudés les uns aux autres, avec à côté, la présence de nombreux ganglions isolés, dans le bord libre du mésentère.

- On prélève deux ganglions et on enlève l'appendice.
- On évoque les diagnostics d'hémopathie maligne ; lymphosarcome ou lymphogranulomatose.
- Traitement : 2 000 000 d'U de pénicilline, Déferverscence dès le lendemain.
- L'anatomopathologiste élimine une lésion maligne et conclue : adénite inflammatoire subaigüe.
- L'enfant quitte la clinique au 6ème jour. Le 5 Avril, la masse tumorale n'est plus perçue à la palpation. 8 mois plus tard, l'état est excellent.
- L'intradermo réaction au bacille de Malassez et Vignal pratiquée 6 jours après le début apparut de la maladie est positive à la 24ème heure;
- Deux séro diagnostics sont effectués à l'institut Pasteur (H. Mollaret) sur le sérum du malade. Celui prélevé le 22 Mars agglutine au 1/500 le type 1 du bacille alors que celui prélevé le 4 Juin n'agglutine plus qu'au 1/100 ce même type de bacille.

Surtout en 1964, H. H. Mollaret, P. Grenet, M. Dugas, M. Iniguez, C. Tannide font paraître dans les archives françaises de pédiatrie 11 observations collectées et 6 observations personnelles de la forme pseudotumorale de l'adénite mésentérique due au bacille de Malassez et Vignal.

N° 23 : (in Albrecht 1910)

- Garçon de 15 ans, opéré au 3ème jour d'un syndrome appendiculaire suraigu, chez lequel la découverte d'une masse ganglionnaire volumineuse entraîne la résection partielle de l'iléon, du coecum et d'une partie étendue du mésentère et des ganglions attenants.

N° 24 : (in H. Graber et W. Knopp 1955 et H. Graber 1956)

- Garçon de 21 ans, examiné pour douleurs abdominales et troubles du transit, présentant une tumeur de la fosse iliaque droite et opéré avec le diagnostic d'abcès péri-coecal perforé.
- l'intervention découvrit "une tumeur de la région coecale de la taille d'un poing adulte, ressemblant à une lésion tuberculeuse, occupant l'iléon terminal, le mésentère et le méso-coecum avec plusieurs abcès à la partie postérieure du coecum". Une hémicolectomie est pratiquée dans la crainte d'une tumeur maligne. Non seulement les examens sérologiques furent positifs, mais l'hémoculture permit au 14ème jour l'isolement du bacille de Malassez et Vignal.

N° 25 : (in N. Hecher 1957)

- Garçon de 10 ans, porteur d'une tumeur mobile de la région iléo-coecale. La découverte d'anticorps agglutinants fit relever l'intervention et instituer une antibiothérapie qui entraîna en une dizaine de jours, la disparition de tous signes physiques, généraux et fonctionnels.

N° 26 : (in H. Plamm et K. Kovac en 1958 puis Brenner en 1960)

- Garçon de 11 ans, l'intervention découvrit "une tumeur principale de 8 x 4 x 2 cm, ferme et unie, avec une chaîne de ganglions mésentériques volumineux et durs" dont la mise en culture permit l'isolement du germe.

N° 27 : (in Girard et H. Léger, J. Parillot et A. Duffour 1959)

- Garçon de 4 ans, l'intervention pour une légère réaction abdominale douloureuse avec température et nausées révéla, parmi de nombreux ganglions mésentériques "une tumeur bourgeonnante et violacée sur la partie moyenne du mésentère, fixée aux plans profonds, de la dimension d'un petit oeuf, dont l'aspect évoque une lésion maligne inextirpable". Là encore, les examens sérologiques et histologiques retarderont le diagnostic.

N° 28 : (in G. Arnuff puis H. Kämmerer et C. Rucks 1960)

- Homme âgé de 26 ans, opéré sans le diagnostic de perforation appendiculaire, se révéla porteur d'une "masse tumorale rétro-coecale, d'aspect malin, simulant un sarcome".

N° 29 : (in N. Gibel 1961)

- Homme de 38 ans, opéré pour appendicite subaigüe et porteur dans l'angle iléo-coecal d'une masse "donnant l'impression d'une tumeur maligne" qui entraîna une résection iléo-coecale.

Toutes ces observations ont en commun leurs aspects macroscopiques qui en imposèrent de prime-abord pour des lésions tuberculeuses ou surtout pour des lésions malignes, mais le diagnostic fut rétabli par la sérologie.

Parfois, l'anatomopathologiste renforce l'aspect macroscopique de malignité :

N° 30 : (in J. L. Degouttes, Ch. Thomas Trevous, Féroldi, A. Cornet, HH. Mallaret 1961)

- Garçon de 15 ans, opéré pour appendicite aigüe avec abcès probable ; l'intervention découvre une "masse grosse comme le poing, polylobée, dure, fixée devant le rachis dans la racine du mésentère, présentant un piqueté hémorragique et faisant penser, soit à un lymphosarcome, soit à une lymphogranulomatose maligne".
- Cette impression de malignité fut encore confirmée par la réponse de l'anatomopathologiste et c'est le séro-diagnostic positif qui permit de redresser le diagnostic.

Même angoisse dans le cas de P... Gille (1962).

N° 31 :

- Garçon de 14 ans, au 5ème jour d'un syndrome douloureux discret et peu fébrile de la fosse iliaque droite, découverte d'une masse dure, polylobée, de la taille d'une grosse mandarine, facilement mobilisable et légèrement sensible à la palpation, qui fit poser le diagnostic de lymphosarcome, ou de réticulosarcome, à la rigueur de Hodgkin ou de tumeur maligne du grêle.
- L'intervention et le sérodiagnostic redressent le diagnostic.

Cas personnels publiés en 1964 par le Professeur H. H. Mollaret

N° 32 :

- Garçon de 14 ans, hospitalisé dans le service du professeur Grenet en 1962 pour manifestations douloureuses intestinales et état fébrile à 38°-39° évoluant depuis 10 jours.
- Le 11 Février 1962 : douleurs abdominales vagues, asthénie, fièvre modérée à 37°5-38° C, la famille rend responsable l'ingestion d'huîtres douteuses.
- Le médecin prescrit de la pénicilline et du thiazomide.
- 4 jours d'apyrexie, mais les douleurs persistent, prédominant dans la fosse iliaque droite, survenant par crises de 1 à 2 minutes. Le diagnostic de fièvre typhoïde est porté.
- A son entrée à l'hôpital Saint-Louis, l'état général est conservé, température : 39° C, pouls non dissocié (100-110), diarrhée.

- A l'examen, l'abdomen est souple, mais il existe une splénomégalie. Hyperleucocytose à 15 800, à 66 % de polynucléaires neutrophiles.
- Trois jours après, on découvre une masse ovulaire de la fosse iliaque droite, de 10 cm de haut, verticale, peu sensible et peu mobile.
- On évoque alors une adénopathie tuberculeuse, un rein ectopique.
- Un lavement baryté montre une encoche au niveau de la jonction iléo-coecale évocatrice d'une invagination.
- Intervention le 2 Mars 1962 : invagination iléo-coecale fixée, avec un coecum et un colon droit épais et induré et d'énormes adénopathies échelonnées jusqu'à l'aorte.
L'ensemble en impose pour un lymphosarcome et conduit à une hémicolectomie droite.
- Le diagnostic n'est pas écarté par l'anatomopathologiste.
- L'incertitude est levée par la sérologie et l'intra-dermo-réaction, l'identification n'ayant pu être réalisée.
- Alors que la pénicilline : 2 000 000 d'unités et la colimycine : 2 000 000 d'unités n'apportait pas d'amélioration, l'adjonction de 1 gramme de streptomycine et de chloramphénicol entraîna la défervescence. Suites excellentes.

N° 33 : (J. Berton E. G. Hall, Liverpool).

- Garçon de 13 ans, hospitalisé à l'Alder Hey Children's hospital pour douleurs abdominales et pyrexie à 39°C apparues depuis 3 jours.
- L'intervention exploratrice, pratiquée dans la crainte d'une lésion de l'appendice, révèle l'intégrité de cet organe et découvre un amas ganglionnaire d'au moins 7 cm de diamètre,

une induration de l'iléon avec une masse de 1 à 2 cm de diamètre rétrécissant à la lumière.

- L'ensemble en impose pour un lymphosarcome et conduit à une hémicolectomie droite avec exérèse des amas ganglionnaires.
- Séro-diagnostic positif.

N° 34 : (Dr. Y. Ropous, Tonneins et Dr. J. L. Charles Clairac).

- Garçon de 17 ans, opéré d'urgence le 2 Janvier 1960 pour crise appendiculaire aiguë d'installation brutale.
- La fosse iliaque droite est très douloureuse avec défense marquée, la température ne dépasse pas 38° C.
- A l'intervention : "appendice rétro-coecale ascendant avec quelques brides mais ne présentant pas une allure inflammatoire franche. L'exploration du grêle révèle par contre une induration de l'iléon terminal au voisinage de la valvule iléo-coecale sur une longueur de 3 à 4 cm. Ganglion de la taille d'une petite noix, plus, présence dans le mésocolon d'une masse de la taille d'un poing d'enfant.
- Crainte d'un sarcome du grêle.
- Suites excellentes sous streptomycine : 1g/jour.
- Séro-diagnostic.

N° 35 : (Pr. M. Leborg, P. Caulorbe et J. P. Varial)

- Garçon de 13 ans, se plaignant depuis 1959 de troubles digestifs et de douleurs abdominales spontanément résolutive ayant fait parler d'appendicite chronique.

- Le 24 Janvier 1960, hospitalisation à l'hôpital de l'oeuvre de la Croix St-Simon pour syndrome abdominal aigu fébrile. 17 600 globules blancs et 48 heures plus tard : 11 400 avec 77 % de polynucléaires.
- Intervention d'urgence le 24 Janvier avec le diagnostic d'appendicite aigüe : "il s'agit d'un lymphosarcome avec nombreuses adénopathies mésocoliques et mésentériques extirpables. Une métastase est sur le bord mésocolique du coecum ascendant. Biopsie d'un ganglion. Appendicectomie".
- Transfert à St-Vincent de Paul. Les images radiologiques ne révèlent, ni altérations morphologiques, ni déplacement colique.
- Après 6 jours de streptomycine. Une deuxième laparotomie est pratiquée dans le service du Professeur Petit : "Si d'importantes adénopathies mésentériques demeurent encore, la masse tumorale principale découverte 1 mois plus tôt à totalement disparue".
- Séro-diagnostic positif le 27 Février 1960.

N° 36 : (Pr. S. Thieffry - Dr. Afcardi).

- Garçon de 15 ans présentant depuis plusieurs mois des douleurs abdominales ayant fait porter le diagnostic d'appendicite chronique.
- Le 2 Février 1962, nouvel épisode apyrétique avec douleur vive au point de Mac Burney : intervention "le diagnostic d'adénite mésentérique est probable, mais on ne peut affirmer la bénignité devant un volumineux placard infiltré occupant le mésocolon".
- La masse est respectée, un ganglion prélevé confirme le diagnostic.

- Sérologie positive.

N° 37 : (Dr F. Bonenfant et Dr. Pellerin).

- Garçon de 13 ans, présentant des douleurs abdominales le 29 Janvier 1962.
- Hyperpyrexie à 39° C.
- 3 jours après : fièvre à 38° 6, plastron et défense de l'hémiventre droit.
- Le diagnostic de péritonite appendiculaire, à l'intervention : adénolymphite mésentérique de type tumoral.
- Anatomopathologie et sérologie positive.

Enfin, en 1968 A. Fournier, A. Pauli, J. Cousin, M. Barry et J. Dequidt publient dans le journal de la société médicale de Lille une forme pseudo-tumorale d'adénite mésentérique à bacille de Malassez et Vignal.

.. N° 38 :

- Le jeune Guy G..., né le 5 Mars 1955 aurait présenté entre le 15 Septembre et le début Décembre 1966, plusieurs épisodes hyperthermiques traités par la pénicilline par voie buccale.
- Le 14 Décembre 1966 : température à 39° 4C, les jours suivants la température oscille entre 39° et 40°. L'examen est négatif.
- Le 19 Décembre le Professeur Fournier constate une altération fébrile de l'état général et une tuméfaction bien limitée

de la fosse iliaque droite, de la taille d'une mandarine, sans défense ni contracture. Le diagnostic d'adénite mésentérique est alors posé, reste à préciser l'étiologie.

- Un essai de traitement par le chloramphénicol est réalisé, qui améliore la température, malgré toute la recherche d'une pasteurellose est mise en route.
- Séro-diagnostic du 26/12/1966 positif à 1/640 pour pasteurella pseudo-tuberculosis du type I et négatif au 1/20 pour les quatre autres types.
- Séro-diagnostic du 11/1/1967 positif au 1/160 pour le même type, négatif au 1/20 pour les autres.
- Séro-diagnostic du 11/2/1967 positif au 1/40 et négatif au 1/80 pour pasteurella de type I.
- Deux fois l'intra-dermo à l'antigène de Malassez et Vignal s'est révélé négative.
- La guérison a été réalisée au chloramphénical seul.

IV - CONCLUSIONS CLINIQUES SUR LES CAS DE PSEUDO-TUMEURS DU MESENTERE RELEVES DANS LA LITTERATURE

Soulignons que le terme pseudo-tumeurs suppurées du mésentère est très imprécis : habituellement, on désigne sous le vocable de "tumeurs" des "productions pathologiques constituées par un tissu de nouvelles formations et distinctes d'un processus inflammatoire" (Dictionnaire des termes techniques de médecine-Garnier et Delamare). Le terme "pseudo-tumeur" approche plus la vérité en ne permettant de considérer que le sens étymologique dérivant du latin "tumère" : être gonflé ; nous ne considérerons donc que de volumineuses masses du mésentère qu'elle qu'en soit l'étiologie à condition qu'elles soient suppurées, ce qui permet d'exclure également les inflammations spécifiques et notamment la tuberculose qui est l'un des diagnostics différentiels les plus importants, sans que le sujet soit d'emblée limité aux adénites, toutes les observations compilées n'entrent en fait que dans deux catégories :

- suppurations intra-abdominale à point de départ ganglionnaire,
- collections purulentes, limitées dans le péritoine, sans lésion appendiculaire ou intestinale en expliquant l'origine, ce qui finalement revient à considérer les pseudo-tumeurs suppurées du mésentère que comme une forme particulière d'adénite mésentérique.

Dans l'ensemble des cas considérés, l'étiologie importe peu, ce qu'il est intéressant de comparer c'est la similitude d'aspect d'un syn-

drome associant avec plus ou moins d'intensité : la perception d'une tumeur du mésentère, soit à la palpation, soit à l'intervention, à un syndrome inflammatoire, le tout pouvant se compliquer de signes digestifs variables.

Insistons sur le fait que le présent écrit essaie de contribuer à mieux comprendre la démarche à suivre devant un tel tableau, plutôt que de préciser une étiologie.

Cette étude porte sur 38 cas relevés dans la littérature contemporaine et sur un cas personnel, aucune statistique ne peut en être dégagée, étant donné l'absence d'une population cohérente et la diversité des tableaux et des sources comparées. Elle ne peut que relever et comparer des chiffres ou des symptômes :

1°) Sexe des malades :

- Ainsi, sur les 38 observations, 29 se rapportaient à des sujets de sexe masculin, 9 à des sujets de sexe féminin. Une telle répartition vient confirmer ce qu'on savait déjà sur la répartition des sexes dans l'adénite mésentérique aigüe.

2°) Age des malades :

- Inférieur à 18 mois : 2 cas.
- Compris entre 18 mois et 10 ans : 5 cas.
- Compris entre 10 ans et 20 ans : 23 cas.
- Plus de 20 ans : 8 cas

Là encore, cela confirme ce que Tournier J. M. avait déjà relevé en 1959, à savoir la prédominance des adénites suppurées entre 10 et 20 ans (prédominance due à l'évolution progressive du système lymphoïde au cours de la croissance), avec peut-être un léger décalage vers l'âge adulte pour les formes pseudo-tumorales (maximum entre 10 et 20 ans au lieu d'entre 5 et 10 ans).

3°) Prodromes :

- Alors que beaucoup d'auteurs insistent sur la fréquence des affections rhinopharyngées dans les antécédents, voire d'affections générales (scarlatine, typhoïde, grippe), dans la présente série, nous avons relevé que 7 fois des antécédents notables :

- douleurs abdominales depuis plusieurs mois, voire plus d'une année4
- infection du coecum dans les jours précédents2.
- pyrexie inexpliquée, intermittente depuis 1 an1.

- Pour faire un parallèle avec notre observation, citons 1 cas sur les 38 où une intolérance alimentaire - huîtres - a égaré le chirurgien et fait errer quelques temps le diagnostic.

4°) Modes de révélation :

- Nous retrouvons ici les 3 éventualités d'emblée évoquées :

- syndrome abdominal aigu ou subaigu.
- diagnostic différentiel d'une masse tumorale palpable.
- complication digestive révélatrice.

A) Syndrome abdominal aigu ou subaigu : 23 cas sur 38 se traduisent par :

a) des douleurs : de caractère très variable, le plus souvent intermittentes avec épisodes aigus ou permanentes avec paroxysmes, parfois de type colitique, une fois à type de brûlure simulant un ulcère.

Le siège est plus aisé à caractériser :

- 19 fois dans la fosse iliaque droite en imposant avec certitude pour une crise d'appendicite avec souvent douleur au toucher rectal.

- 9 fois abdominales plus ou moins diffuses, soit en cadre, soit prédominant à droite ou se localisant secondairement à la fosse iliaque droite.
- 2 fois : douleurs du flanc droit.
- 1 fois : douleurs localisées à gauche de l'ombilic.
- 1 fois : douleurs périombilicales.
- 1 fois : douleurs épigastriques.

b) Les vomissements sont fréquents : 17 fois, alimentaires ou bilieux, se limitant 2 fois à des nausées.

c) Les troubles du transit sont plus rares :

- 1 cas diarrhée.
- 7 cas d'arrêt total ou de subocclusion.

d) La défense à parfois existée, mais son relevé fut insuffisant pour pouvoir conclure. En tout cas, il n'y a jamais de contracture.

e) La température, relevée que 31 fois sur 38 n'est que 3 fois normale ($37^{\circ}5$), elle oscille le plus souvent autour de 38°C avec des pointes à $39^{\circ}-40^{\circ}\text{C}$, plus rares.

f) La dissociation des pculs n'est pas notée, contrairement à ce que retrouvait Tournier.

Notons que l'état général est le plus souvent conservé.

B) Diagnostic différentiel d'une masse abdominale relevée à la palpation : 13 cas sur 38.

- Notons que 20 fois sur 38, la masse fut palpée avant l'intervention, sans que dans 7 cas elle ne soulève de problème diagnostic, cela correspond à celles prises pour des plastrons, des abcès péri-appendiculaires, des coecums turgescents, etc...

- A propos de ces masses palpables, permettons nous de constater l'ima-
gination et la diversité des moyens de comparaison des auteurs quand à la
taille de la tumeur à la palpation ; par ordre croissant :

- 1 fois elle fut comparée à une noix.
- 1 fois à un oeuf.
- 4 fois à une mandarine.
- 2 fois à un poing.
- 2 fois à deux poings.
- 1 fois à un bras d'adulte.
- 1 fois à une tête d'enfant.
- 1 seule fois elle fut chiffrée.
- 3 fois la taille fut mal précisée.

C) Complications révélatrices : 3 cas sur 38.

- Relevons leur fréquence chez le jeune enfant :
 - 2 cas d'invagination intestinale aigüe du nourrisson
(11 et 14 mois).
 - 1 cas d'invagination iléo-coecale d'un garçon de 14ans.
- Dans les 3 cas, le diagnostic de la complication fut visible aullavement
baryté.

5°) Examen radiologique :

- Sur 38 cas : on a réalisé 8 lavements barytés et 1 urographie intra-
veineuse.

- l'urographie ne révéla rien.
- les lavements révélèrent :
 - . une compression ganglionnaire..... 1 fois.
 - . mise en évidence de la tumeur 2 fois.
 - . découverte d'invagination intestinale aigüe .. 2 fois.
 - . négatifs 3 fois.

6°) La numération et la formule sanguine :

- Trop peu souvent relevées, elles ne peuvent porter à conclusion.

7°) Intervention :

- 36 fois sur 38, l'intervention fut réalisée, soit devant le tableau d'une urgence chirurgicale, soit devant, celui d'une complication (invagination intestinale aiguë), soit, et c'est là, l'intérêt notable de la chose, alors que le diagnostic d'adénite mésentérique aiguë était porté avec quasie certitude, pour éviter de passer à côté d'une urgence chirurgicale.
- Ces interventions se résument le plus souvent à des appendicectomies ou à des laparotomies pour biopsie, se soldant malgré tout par 9 hémicolectomies droites et 1 iléonectomie. D'autre fois, l'exérèse ou la colectomie ne furent pas réalisées devant l'extension locale ou métastatique des pseudotumeurs ! C'est dire les difficultés que rencontrent les chirurgiens devant de tels problèmes.
- 2 Fois seulement, (observations n° 25 et n° 38), le traitement antibiotique fut mis d'emblée en oeuvre en toute connaissance de cause.

8°) Siège de la tumeur à l'intervention.

- 21 fois elle fut retrouvée à l'angle iléo-coecal, réalisant alors le tableau typique de l'adénite mésentérique aiguë.
- 9 fois sur le mésentère des anses iléales.
- 3 fois sur le mésocolon ascendant.
- 2 fois sur le mésocolon transverse.
- 2 fois sur la racine du mésentère.

9°) Suites

- Elles furent le plus souvent excellentes, le diagnostic étant porté à l'intervention ou dans les suites et le traitement médical mis en oeuvre après.
- 1 seul décès, en 1936, d'une femme de 51 ans, par défaillance cardiaque progressive dans les suites de l'intervention.

10°) Etiologies prouvées avec certitude.

- Recherchées 31 fois sur 38, elles ne furent précisées que 22 fois.

	- bacille de Malassez et Vignal	17.
dont 1 asso-	- tricocephales	2.
ciation,	- oxyures	1.
	- virale	1.
	- staphylococcique	1.
	- streptococcique	1.

11°) Diagnostics évoqués avant l'intervention :

- Devant l'abondance des interventions pratiquées, il nous a paru intéressant de relever les diagnostics soulevés à ventre fermé devant les différents tableaux cliniques :

21 fois celui	- 13 fois celui d'appendicite aigüe ou "chronique".
d'un problème	- 5 fois celui de plastron appendiculaire.
appendiculaire	- 3 fois de péritonite appendiculaire.
	- 3 fois celui d'invagination intestinale aigüe.
	- 2 fois celui de tumeur intestinale.
	- 2 fois de tumeur mésentérique.
	- 1 fois de pyosalpynx rompu.
	- 1 fois d'occlusion intestinale.
	- 1 fois de typhoïde.
	- 1 fois de ganglion mésentérique tuberculeux.
	- 1 fois de rein ectopique.
	- 1 fois de faux kyste du pancréas.
	- 1 fois de kyste de l'ovaire.

4 fois seulement le diagnostic d'adénite aigüe mésentérique fut soulevé.

12°) Diagnostics évoqués à ventres ouverts devant l'aspect macroscopique de la tumeur :

- 7 fois : lymphosarcome.
- 6 fois : tumeur maligne non précisée.
- 3 fois : hodgkin.
- 3 fois : lymphogranulomatose maligne.
- 1 fois : tuberculose iléo-coecale.
- 1 fois : iléite terminale.

3 fois seulement, le diagnostic d'adénite aigüe mésentérique fut soulevé ; donc, sur 38 cas, le diagnostic d'adénite aigüe ne fut porté que 4 fois à ventre fermé et suivi que 2 fois ; et que 3 fois à ventre ouvert, ce qui révèle bien la complexité de telles formes d'adénites suppurées du mésentère, quand elles se présentent sous la forme pseudo-tumorale.

EN RESUME :

Si nous établissons le tableau clinique typique d'un malade porteur d'une pseudo-tumeur suppurée du mésentère, nous disons qu'il s'agit d'un jeune garçon de 10 à 20 ans, bien portant jusque là, présentant le plus souvent un syndrome abdominal aigü contrastant avec un état général bien conservé. Il se plaint de douleurs intermittentes renforcée de paroxysmes siégeant dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant de vomissements. Le ventre est le plus souvent souple ou avec une légère défense, la température oscille autour de 38°C, le pouls est en rapport. A la palpation, le médecin retrouvera une masse abdominale dans la majorité des cas. Dans d'autres cas, la découverte de la tumeur est le *primus movens*, dans d'autres, plus rares, une complication occlusive révélera l'affection.

Le diagnostic a fort peu de chance d'être porté à ce stade, pas plus qu'à la laparotomie. Sachant que l'étiologie, (17 fois sur 22) a de fortes chances de mettre en évidence le bacille de Malassez et Vignal, qu'elle doit donc être la conduite à tenir en priorité devant un tel tableau :

- La clinique : l'éclatement brutal du syndrome, sans prodrome, milite en faveur de la pseudo-tuberculose.

- Les réactions immunitaires de l'organisme déclenchées par l'agent agresseur ont beaucoup de valeur en raison de leur spécificité : le séro-diagnostic pour la pseudo-tuberculose utilise la propriété agglutinante du sérum du malade vis à vis de la pasteurella : seuls sont à prendre en considération des taux égaux ou supérieurs au 1/200 (H. Mollaret). Les anticorps se trouvent dans le sérum une dizaine de jours après l'invasion (apparente ou non), ils augmentent puis disparaissent en quelques semaines, il est donc nécessaire de saisir cette variation dans le temps et pour cela, de pratiquer 2 prélèvements de sang à 10-15 jours d'intervalle, le premier étant avantageusement effectué en fin d'intervention. Leur éphémère positivité a une valeur diagnostique de premier plan, puisqu'elle permet de rattacher à coup sûr les manifestations pathologiques observées à l'agent dont elles traduisent le passage dans l'organisme de façon fidèle et spécifique.

A cet égard, elles sont supérieures aux intra-dermoréactions qui persistent des mois, ou même des années après l'infection.

(J. Blamoutier - Dr. Soubranne - Hôp. St-Joseph).

- Une fois l'intervention réalisée, la taille des ganglions, supérieure à celle d'une noix plaide en faveur du para-tuberculosis. Par contre, les éventuelles lésions intestinales d'accompagnement et la réaction séreuse péritonéale ne font que traduire la réaction motrice ou vasomotrice de l'intestin à une agression dont le point de départ est ganglionnaire (Reilly-Laurence).

- L'histologie aura le mérite en montrant une réticulose inflammatoire, des cordons et des espaces interfolliculaires ayant tendance à évoluer vers la nécrose, puis la suppuration, d'éliminer une affection maligne et de confirmer le diagnostic de pseudo-tuberculose.

- L'isolement du germe dans le ganglion est facilement réalisable en ce qui concerne le bacille de Malassez et Vignal et affirmera avec certitude le diagnostic.

- La vitesse de sédimentation et la numération de formule sanguine ne seront que de peu de valeur dans cette discussion étiologique.

L'étiologie virale, si elle n'est pas facilement mise en évidence, est par contre certainement souvent présente (10 % des cas) elle sera soupçonnée devant la précession du tableau abdominal par un épisode fébrile pharyngé ou pharyngo-conjonctival accompagné de toux, en faveur d'un adénovirus. La réaction de fixation du complément par les virus du groupe APC est considérée comme positive lorsqu'elle atteint ou dépasse 1/64, là encore, deux prélèvements sont souhaitables. L'histologie peut-être d'un précieux secours lorsqu'elle révèle des inclusions virales, la numération peut orienter, par contre l'isolement des virus est très délicate nécessitant la congélation immédiate du ganglion, poursuivie jusqu'au laboratoire de virologie. Les constatations opératoires mettront en évidence des ganglions plus petits que dans les pseudo-tuberculoses. Cette étiologie sera donc moins fréquente dans le cas de pseudo-tumeurs supprimées.

L'étiologie parasitaire, notamment due au toxoplasme s'aidera surtout des réactions immunitaires. Réaction de fixation du complément (1/32 voire 1/64) mais aussi test de lyse du toxoplasme (test de Dye et Sabin) plus délicate que la précédente, exigeant des taux plus élevés. L'isolement sur ganglion est aisé.

Dans les autres parasites - (oxyures-trichocéphales), la numération de formule, les examens parasitologiques des selles, contribueront au diagnostic.

Quant aux atteintes par germes banaux (streptocoques, entérocoques, pneumocoques), elles sont rares et il n'est guère que l'isolement du germe dans le ganglion pour confirmer l'étiologie.

Il faut encore savoir qu'actuellement, à peine 40 % des adénites méésentériques font leurs preuves, certainement moins lorsqu'elles sont de forme pseudo-tumorale, on conçoit donc plus facilement que l'enquête étiologique pour une adénite méésentérique pseudo-tumorale comporte fatalement l'excérèse d'au moins un ganglion et ce malgré les accidents évoqués (hématome du méso-bridés), cette excérèse sera d'autant plus facilement acceptée qu'elle évitera souvent une hémicolectomie et pourra faire démarrer un traitement médical sans arrière pensée.

Si donc, une tumeur ganglionnaire méésentérique fait redouter dès l'abord une nature maligne, du moins la possibilité d'une origine infiniment moins grave, telle une pasteurellose, oblige à s'en assurer avant d'énoncer un pronostic irréversible. Le chirurgien mis en présence d'une telle lésion devrait se comporter comme s'il se trouvait devant une adénolymphite méésentérique moins volumineuse dont il désirerait élucider l'étiologie.

Une fois le ventre fermé, beaucoup conseillent un traitement antibiotique d'une dizaine de jours à base de streptomycine associée ou non à la pénicilline. D'après Laurence "il n'y a rien d'indispensable, les cas non traités guériront à peu près comme les autres, mais ce geste est logique, probablement utile et peut-être conseillé de manière tout à fait logique". Mollaret, lui, conseille le traitement après établissement d'un antibiogramme : ne cite-t-il pas un cas de décès par résistance du bacille de Malassez et Vignal à la streptomycine. Dans notre observation l'association pénicilline-streptomycine fut favorable au malade, mais l'ectomie intestinale et l'excérèse de la tumeur avaient été réalisées.

CONCLUSION :

- A propos d'un cas de pseudo-tumeur suppurée du mésentère particulier par :

- son siège inhabituel en plein mésentère.
- son volume parfaitement perceptible à l'examen clinique.
- sa visualisation, tout à fait inhabituelle aux examens radiologiques.

Nous avons essayé de faire le point sur les publications parues jusqu'à ce jour à ce sujet.

- Il nous a fallu d'abord attirer l'attention sur le fait qu'un tel cas ne correspond en fait qu'à une forme particulière d'adénite mésentérique.

- Nous avons insisté sur la physiopathologie très particulière du système lymphatique mésentérique et sur l'étude du phénomène de Reilly pour montrer combien trompeuse peut-être la clinique : l'adénophlégmon étant la cause et non la conséquence des troubles des transits intestinaux et de la symptomatologie abdominale.

- Nous avons essayé de préciser un tableau clinique particulier à de telles formes d'adénolymphites en isolant un terrain propre et trois modes de révélation particuliers :

- sous la forme d'un syndrome abdominal aigu ou subaigu.
- à l'occasion d'une complication révélatrice.
- ou comme diagnostic différentiel d'une tumeur abdominale.

- Enfin, nous avons constaté la prédominance de la responsabilité du bacille de Malassez et Vignal dans la genèse de ces formes monstrueuses d'adénolymphites aiguës mésentériques, les autres causes d'adénolymphites, notamment représentées par les adénovirus étant plus responsables des formes à petits ganglions.

- Malgré tout, et même quand le diagnostic est formellement évoqué, la laparotomie exploratrice se justifie pleinement, tant pour éliminer une urgence chirurgicale que pour établir le diagnostic qui repose le plus souvent sur quatre investigations paracliniques :

- la mise en évidence du germe par culture de ganglions ou coproculture,
- l'examen anatomoclinique des ganglions,
- la séroagglutination,
- l'intra-dermo-réaction.

- Devant les aspects opératoires évocateurs d'une affection maligne, la possibilité d'une origine infiniment moins grave, telle une pasteurellose, oblige le chirurgien en présence d'une telle lésion à s'en assurer avant de pratiquer des mutilations importantes et donc à se comporter comme s'il se trouvait devant une adénite mésentérique aigüe banale dont il désirerait élucider l'étiologie.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr. M. BERNIER

Pr. FOURNIER

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- ABOULKER P. -

Les adénites aigües appendiculaires et l'adénolymphite mésentérique aigüe.

Thèse Médecine. Paris, 1936, n° 143.

- ALLIROT Jean -

Thèse Lyon 1939-40.

- ALBRECHT H. -

Zur étiologie des entéritis folliculaires suppurativa.

Wien. Klin. Wschr. 1910. 23. 991. 993.

- ARNULF G. -

A propos des adénites mésentériques à bacille pasteurella pseudo-tuberculosis.

Mémoires de l'Académie de chirurgie. 1960. 86 181-184.

- ANLAUF M. (Von), Ch. WALTHER, L. BRANCHI und P. OBRECHT.

Zur klinischen differentiell diagnose des lymphadenitis mesenteriales (Masshoff).

Med. Klin. 1962 (1967) Nr 43, 1669-1676.

- BLAMOUTIER, R. CHEVILLOTTE, et C. DENIMAL. -

Un cas d'adénite mésentérique à forme tumorale due à pasteurella pseudo-tuberculosis (bacille de Malassez et Vignal).

Ga. Méd. France, 1963, 2831-2835.

- BERGET H., W. HECHER. -

Authentique entérckystome surinfecté par le bacille de Malassez et Vignal. Perforiertes P. P. T. infiziertes enterokystome.

Z. B. L. f. Chir. 1956. 81. 2486-2488.

- BOILEAU. -

Thèse Paris 1952.

- BONNET P. M., DESGOUTTES J. L., THOMAS-TREVOUX Ch, Teroldi, CORNET, MOLLARET H. H. -

Pasteurellose humaine à pasteurella pseudo-tuberculosis (à propos d'une adénopathie mésentérique pseudo-tumorale).

- CAMENEN -

Thèse Paris 1951.

- CABY et DUPPERAT -

Aca. de Chirurgie 1944 p. 418.

- DAVILA E. CELIS. -

Adénopathie tuberculeuse, apparemment de primo-infection, simulant une tumeur de la tête du pancréas : (Université de Los-Andès-Mérida (Vénézuëla)).
Mém. Ac. Chirurgie. 1950 p 480-483.

- DELANOY -

Un cas d'adénite mésentérique suppurée à streptocoque.
Acad. Chirurgie Nov. 1950.

- DEBURGE -

Deux cas de rupture d'abcès ganglionnaire mésentérique.
Soc. de ch. de Lille. P. M. 1947 n° 223.

- DELAGE J., OPPERMAN A. -

Sur l'aspect anatomo-pathologique d'une pseudo-tuberculose à pasteurella pseudo-tuberculosis appendiculaire et ganglionnaire, confirmée par sérodiagnostic chez un enfant de 12 ans.
Soc. Anat. Paris, Novembre 1961.

- DESTOMBES P., MALLARET H. H. -

L'adénite mésentérique aiguë à pasteurella pseudo-tuberculosis (bacille de Malassez et Vignal). Etude anatomo-pathologique.
Presse médicale, 1960, 68, 1485-1488.

- DUJARDIN, BEAUMETZ E., BALLEST B., CEB. -

J. Pseudo-tuberculose chez l'homme.
Presse médicale, 1938, 46, 43-45.

- ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE :

Tumeurs du mésentère.

E. M. C. tome 10 - 1er volume p. 90.

- FOURNIER A., A. PAULI, J. COUSIN, M. BARRY et J. DEQUIDT-

Forme pseudo-tumorale d'adénite mésentérique à bacille de Malassez et Vignal.

(diagnostic clinique - confirmation sérologique).

1968-T. 86 n° 3 - J. Sc Médicales de Lille.

- FLAMM H. et K. KOVAC -

Die pathogenese der pseudotuberhulosen iliocoecalis. Schweiz seitzcheif fier all gemeive pathologie and bakteriologie.

1958, 21, 1127-1136.

- GRABER H. et W. KNAPP -

Der appendicitische symptomen komplex als folye einer ente-rolen infechtion mit pasteurella pseudotuberculosis.

Der chirg. 1956, 27, 401-403.

- GIRARD G., et H. LEGER, J. PAULLOT et A. DUFFOUR -

Relations éventuelles entre certaines adénites mésentériques aigües de la forme pseudo-tuberculose à pasteurella pestis (bacille de Malassez et Vignal).

Presse médicale 1954, 62, 1176-1177.

- GIBEL N. -

Abcedierer de retihlozytoüe lymphadenitis méserterialis (Masshoff). Bein einem Erwachsemen unter de bilose unter dermbilde tumore der Zöhaland.

ZBL Chir, 1962, 86, 779-782.

- HECHER W. -

Zur pasteurella pseudo-tuberculosis Erhrauhing (Rodentiose) beim Menshen.

Arc. für Kinderderhein, 1957, 156, 157-163.

- LAURENCE G-

In "le mésentère" : pathologie acquisition".

(Actualité hépato-gastro-entérologique de l'Hotel-Dieu-Masson).

1963 - 210-019 (11) 210 - 069 (11).

- LAURENCE G. -

Anatomie, physiologie et physiopathologie du système lymphatique mésentérique.

Rev. Prat., 1962, 12, 337-345.

- LAURENCE G. -

Adénolymphites mésentériques et phénomènes de Reilly.

Rev. Prat. 1962, 12, 355-364.

- LAURENCE G. -

Comportement opératoire et thérapeutique.

Rev. Prat. 1962, 12, 367-368.

- LORTAT-JACOB et ROBERT -

Syndrome abdominal de l'adénite mésentérique aiguë.

Gazette médicale de France. 1er Décembre 1950 n° 23.

- LEROY des BARRES -

Soc. de Chirurgie : 1930.

- MOLLARET H. H. -

L'adénite mésentérique aiguë à "pasteurella pseudo-tuberculosis" (bacille de Malassez et Vignal). A propos de 30 observations. Une étude clinique, sérologique et bactériologique.

Presse. Méd. 1960, 68, 1375-1378.

- MOLLARET H. H. -

L'adénite mésentérique aiguë à "pasteurella pseudo-tuberculosis" (bacille de Malassez et Vignal). A propos de 30 observations. Etude épidémiologique.

Presse méd., 1960, 68, 1447-1450.

- MOLLARET H. H. -

L'étiologie des adénites mésentériques aiguës.

Rev. Prat. 1962, 12, 391-405.

- MOLLARET H. H. BESJACQUES P., CHANNAROND H., HANNOUN C. -

Invagination intestinale par adénite mésentérique due à un adénovirus.

Mém. Acad. Chir. 1962, 88, 163-167.

- MOLLARET H. H. , GRENET P. , DUGAS M. , LUIGUEZ M. -

La forme pseudo-tumorale de l'adénite mésentérique due au bacille de Malassez et Vignal.
Arch. Fr. Ped. 1964, 21 : 521.

- MOLLARET H. H. -

L'adénite mésentérique aiguë à pasteurella pseudo-tuberculosis
Paris 1950 - Masson.

- OBERTHUR, ODDIEN, DOLLFUSS. -

Accident d'allure occlusive par adénite mésentérique du jeune enfant.
Presse méd. 1943, 33.

- PATY Pierre -

Les adénopathies mésentériques pseudo-tumorales
Thèse Paris 1954. 68 pages.

- PATOIR G. -

Les adénites mésentériques à forme tumorale.
Mémoire de l'Acad. Chir. pp : 220-223. 1960.

- PRAT P. P. -

Les adénopathies mésentériques primitives de l'adulte à forme tumorale.
Marseille Chir. 1961.

- ROUVIERE -

Anatomie du mésentère.

- SIBILLY A. , J. DELAGE, A. SUHLER. -

Volumineuse adénolymphite mésentérique aiguë primitive simulant une tumeur du coecum.
Sem. Hôp. Paris, 1962, 38, (58), 3348-3350.

- TOURNIER H. P. -

Les adénopathies mésentériques suppurées, non tuberculeuses de l'enfant.
Thèse. Paris. 1959.

